

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 138

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 janvier 1901 à 1 heure

Par G. ROUSSELLIER

Né à Nîmes (Gard) le 1^{er} janvier 1871.

Ex-interne des hôpitaux de Nantes

Ancien chef de clinique ophthalmologique du docteur Teillois (clinique Guépin, Nantes)
Ancien interne de l'asile d'aliénés de Bonneval.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES

DE LA VESSIE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : { MM. BUDIN, professeur.
BONNAIRE et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N° 158

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 10 janvier 1901 à 1 heure

Par G. ROUSSELLIER

• Né à Nîmes (Gard) le 1^{er} janvier 1871.

Ex-interne des hôpitaux de Nantes

Ancien chef de clinique ophthalmologique du docteur Teillois (clinique Guépin, Nantes)
Ancien interne de l'asile d'aliénés de Bonneval.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

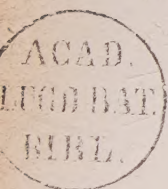
DES

RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES
DE LA VESSIE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : { MM. BUDIN, professeur.
BONNAIRE et FAURE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JEFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUD.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEQUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. DERICQ

Directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RUPTURES EXTRA-PÉRITONÉALES
DE LA VESSIE

AVANT-PROPOS

Les ruptures extra-péritonéales de la vessie ne sont pas très fréquentes, puisque, d'après la statistique d'Ulmann (1), sur 100 ruptures vésicales, 25 seulement n'intéressèrent pas le péritoine. Pendant le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Necker une rupture vésicale de ce genre, et, en retrouvant parmi nos observations cliniques, les quelques notes que nous avons crayonnées au pied du lit du malade, nous avons pensé qu'il y aurait quelque intérêt à présenter sur ce sujet un travail d'ensemble. Nous ferons d'abord

1. Ulmann. *Wiener med. Woch.* 1888, p. 740.

un rapide historique de la question; puis, après avoir rappelé les lésions et les causes de ces ruptures, nous en décrirons les symptômes. Nous grouperons alors autour de notre observation, celles qui ont été récemment publiées, en choisissant les cas réalisant le mieux les différentes variétés cliniques. Nous y joindrons quelques considérations pronostiques et nous terminerons en étudiant les différents modes de réparation.

Mais avant de commencer cette étude, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à nos maîtres de l'école de médecine et des hôpitaux de Nantes, particulièrement à MM. Heurtaux, Joüon, Malherbe, Hervouët, Poisson et Vignard. Nous les remercions tous de l'amabilité avec laquelle ils nous ont toujours accueilli, et des conseils éclairés qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer avec la cordialité la plus franche.

Nous gardons aussi le plus fidèle souvenir de nos regrettés professeurs MM. de Lambrie et Boiffin. Ce sont eux qui ont guidé nos premières études, et leurs savantes leçons cliniques resteront comme un de nos plus précieux guides de pratique chirurgicale.

Nous adressons nos plus vifs sentiments de gratitude, à M. le docteur Teillais de Nantes. Il nous a initié à l'étude aride de l'ophtalmologie, et pendant les deux années que nous avons eu l'honneur d'être son chef de clinique, il n'a cessé de nous témoigner la plus complète bienveillance.

C'est aussi pour nous un devoir, d'exprimer nos remerciements bien sincères à M. le docteur L. Dericq, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval. Nous n'ou-

blierons jamais l'accueil charmant qu'il nous fit à notre entrée comme interne à l'asile, ni les bontés dont il nous a comblé dans la suite. Grâce à lui nous avons acquis quelques notions utiles d'aliénation mentale, par sa longue pratique il sut nous en rendre l'étude facile et agréable.

M. le Professeur Guyon, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui adressons l'expression de nos plus respectueux hommages.

HISTORIQUE

Les ruptures de la vessie sont connues depuis la plus haute antiquité ; Hippocrate et Cels les signalent. Non seulement ils confondent dans leurs descriptions les ruptures intra et extra-péritonéales, mais encore ils y ajoutent les plaies vésicales. La même confusion est faite par Galien qui, le premier, admet la possibilité d'une guérison d'ailleurs très rare.

Jusqu'au dix-huitième siècle, la rupture vésicale est considérée comme fatale et le pronostic se résume dans l'adage d'Hippocrate : « *Cui persecta letale* ». En 1716, Jacob Weyt précise le traitement et propose l'incision hypogastrique avec suture vésicale ; il est juste d'ajouter que l'auteur ne semble pas inspiré d'une grande confiance dans le succès de la méthode qu'il préconise. Bell, en 1789, reprend la même idée ; l'attention du clinicien commence à être attirée sur les ruptures vésicales, témoin les observations de T. Bonnet, Chopart, Desoult, Boyer, Percy, Dupuytren.

Un peu plus tard, Velpeau insiste sur l'importance de la réplétion vésicale au moment de l'accident ; à cette motion, Larger ajoute le rôle de l'angle sacro-vertébral qui, selon lui, produirait la rupture.

Personne encore ne tente de sauver ces malades et l'on conteste même qu'il puisse être avantageux de placer une sonde à demeure. En 1826, Pinel-Granchamp revient à l'idée de la suture vésicale. En 1848, l'incision sus-pubienne donne à Syme un remarquable succès confirmé d'ailleurs en 1862 par la guérison qu'obtient Walter de Pittsburg. Enfin, en 1855, Vidal de Cassis décrit les causes et les symptômes, puis Larret et Houël (thèse d'agrégation 1857) compulsent les observations antérieures et réclament de nouveau l'intervention chirurgicale.

Legouest, dans son *Traité de chirurgie d'armée* en 1872 insiste sur la nécessité de l'opération et, en 1878, Bartells apporte un travail basé sur 95 cas dans lequel il discute l'intervention. Nous arrivons alors à l'avènement de l'antisepsie, et dès 1879, Héat, malgré son insuccès, se déclare partisan résolu de l'opération. C'est alors que commencent les discussions sur la plaie vésicale. Nous signalerons en passant les remarquables expériences de Vincent (1) et la thèse de son élève Maltrait (2). Weir, en 1883, publia un travail sur la question à l'occasion d'une guérison après uréthrotomie et drainage.

Nous n'avons pas l'intention de citer ici toutes les observations qui ont été rapportées depuis sur ce sujet; nous signalerons seulement un cas de guérison opératoire en 1888; la thèse de Lesur (3), qui conclut à la

1. Vincent. *Revue de chir.*, 1881.

2. Maltrait. Thèse de Lyon, 1881.

3. Lesur. Thèse de Paris, 1888.

laparotomie, le travail de Sieur (1) dans lequel l'auteur conclut également à l'intervention chirurgicale.

Enfin nous ne pouvons passer sous silence les intéressantes expériences de Stubenrauch, la thèse de Sex (2), les observations de Malherbe, de G. del Grecco, de Lohéac, de Drapier. A la Société de chirurgie, M. Picqué fit un important rapport sur un cas de Delamarre, et Sieur cite un cas de guérison spontanée. Rappelons aussi les recherches récentes de Berndt (3) et la thèse de Furbury (4).

Telle est rapidement résumée l'histoire des ruptures de la vessie ; mais si presque tous ces auteurs auxquels nous pouvons ajouter M. Tuffier (5), différencient les ruptures extra-péritonéales d'avec celles qui intéressent le péritoine, on peut remarquer que nulle part les ruptures uniquement extra-péritonéales n'ont été l'objet d'une étude d'ensemble et que dans nos classiques, on leur réserve une place très minime. C'est pour cette raison que nous avons cru intéressant d'en faire l'objet de ce travail.

1. Sieur. *Arch. gén. de méd.*, 1894.

2. Sex. Thèse de Lyon, 1893-94.

3. Berndt. *Arch. für Klin.*, 1899, tome 58.

4. Furbury. Thèse de Paris, 1900.

5. Tuffier. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, tome VII.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Des divisions bien différentes ont été données des ruptures de la vessie ; il n'est plus guère question aujourd'hui de la différenciation en ruptures complètes et ruptures incomplètes comme l'avait fait Dupuytren.

Cette division, dit Furbury (1) dans sa thèse, ne répondrait nullement à la réalité des faits, cependant elle n'est pas absolument sans intérêt au point de vue du mécanisme, comme nous le verrons plus loin, et Stubenrauch (2) conclut de son étude sur les ruptures vésicales « que la déchirure commence par la muqueuse, envahit ensuite la couche musculaire et finit par rompre le péritoine ». Il se base pour le dire sur l'examen des cas de déchirures incomplètes, et lorsque Furbury ajoute : « la séreuse péritonéale peut bien sans doute dans certains cas présenter des éraillures ; mais ces éraillures sont toujours placées au niveau d'une rupture complète... », il ne paraît pas avoir compris le mode de production des ruptures incomplètes, ni le sens dans lequel la solution de continuité se produit d'après les conclusions de Stubenrauch.

1. Furbury. Thèse de Paris, 1900.

2. Stubenrauch. *Arch. für Klin.*, 1888, vol. 51, page 33.

C'est plutôt d'après le siège de la rupture qu'on a établi la division; l'importance des rapports entre le péritoine et la vessie a en effet permis de séparer les ruptures extra-péritonéales des ruptures intra-péritonéales.

Ces ruptures ne se présentent pas avec la même fréquence ; celles qui intéressent la séreuse se rencontrent beaucoup plus souvent que celles qui la respectent.

Fenwich (1), dans sa statistique, accuse 88 ruptures intrapéritonéales sur 100. Rivington, (2), se basant sur 322 cas, donne la répartition suivante :

Ruptures en arrière et en bas.	44 pour 100
Ruptures en arrière et en haut.	22 pour 100
Ruptures au sommet. . . .	22 pour 100
Ruptures en avant et en haut .	3 pour 100
Ruptures en avant.	9 pour 100

Pour Ulmann (3), la lésion serait intra-péritonéale 85 fois sur cent. Enfin Bartells (4) donne la porportion de 59 pour cent. Pourtant, dans les cas de fracture du bassin, il semble que la rupture soit le plus souvent intra-péritonéale, comme l'indique le chiffre de 76 pour cent que donne M. Tuffier (5) dans son article du *Traité de chirurgie* de MM. Duplay et Reclus.

Nous rappellerons ici rapidement la disposition du péritoine par rapport à la vessie dans l'état de réplétion.

1. Fenwich. *Brit. med. Journ.* 1887, tome I p. 280.
2. Rivington. *Lancet* 1882, tome II, 1883 tome I.
3. Ulmann. *Wiener med. Woch.* 1888 p. 740.
4. Bartells. *Arch. f. Klin, chir.* 1878 tome 22 p. 649.
5. Tuffier. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus tome VII, page 496.

D'après Testu¹ : « Lorsque la vessie est distendue, le péritoine descend tout d'abord jusque sur la partie moyenne de l'anse que forme l'ouraque, puis remonte avec la partie ascendante de ce cordon jusqu'au sommet de la vessie pour descendre alors sur la face postérieure.

La séreuse forme ainsi en avant de la vessie un cul-de-sac à concavité supérieure : c'est le cul-de-sac pré-vésical. Et ce cul-de-sac est d'autant plus fréquent que le réservoir urinaire a acquis un volume plus considérable. »

Plus la vessie est remplie, plus le cul-de-sac pré-vésical augmente de profondeur, parce que le réservoir urinaire, en s'élevant dans l'abdomen, soulève la séreuse et s'en coiffe ; mais, l'ascension considérable de la vessie augmente notablement les dimensions de sa paroi antérieure, si bien qu'elle est de plus en plus recouverte de péritoine, mais qu'aussi elle offre en avant une plus grande étendue dépourvue de séreuse ; c'est cette disposition d'ailleurs dont on a profité pour faire en cas de rétention d'urine la ponction hypogastrique sans intéresser le péritoine. C'est aussi pour cette raison qu'une rupture à ce niveau pourra être extra-péritonéale. La face postérieure de la vessie est complètement tapissée par la séreuse ; quant aux faces latérales, leur moitié supérieure en est à peine recouverte ; le bas-fond reste extra-péritonéal. On prévoit dès lors quelles sont les parties susceptibles de se rompre sans intéresser la séreuse ; la face antérieure sera la plus exposée aux ruptures qui nous intéressent ici, puisque c'est celle qui présente la plus grande étendue dépourvue de péritoine.

Les dimensions que présente cette rupture vésicale sont d'ailleurs des plus variables ; à côté des ruptures n'ayant pas plus de un à trois centimètres d'étendue, il en est d'autres qui prennent d'importantes proportions et mesurent jusqu'à 10 et 12 centimètres. Dans le cas du malade de M. Le Dentu (Observation I) la vessie était rompue complètement sur sa face antérieure depuis son sommet jusqu'au col, de telle façon qu'elle apparaissait non plus comme un réservoir, mais comme une membrane plane terminée en bas par le col vésical ; celui-ci était tellement réduit qu'il admettait à peine la pulpe du petit doigt.

La solution de continuité affecte bien plus souvent une direction verticale ou oblique qu'une direction transversale. Elle est ordinairement unique ; quelquefois, cependant, on aurait pu constater l'existence de plusieurs orifices, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels. Houël, dans sa thèse d'agrégation (1), cite 12 cas de rupture de la face antérieure de la vessie n'intéressant pas le péritoine, et trois de ces ruptures étaient doubles.

Que devient l'urine dans les cas de rupture extra-péritonéale de la vessie ? Nélaton (2), dans ses éléments de pathologie chirurgicale s'exprime ainsi : « Les ruptures de la face antérieure de la vessie laissent ordinairement le péritoine intact, et c'est dans le tissu cellulaire du bassin que s'épanche le liquide ».

L'épanchement que l'on rencontre alors est constitué

1. Houël. *Thèse d'agrégation de Paris*, 1857.

2. Nélaton. *Elém. de path. chir.*, 1859, T. V, page 163.

tantôt par de l'urine claire, plus souvent par de l'urine sanglante; on trouve même fréquemment des caillots, mais les lésions anatomiques sont très différentes, comme le montre justement Nélaton, selon que la rupture vésicale est étroite ou large.

Lorsqu'elle est étroite, l'urine s'échappe assez lentement, décolle et refoule le tissu cellulaire et s'enkyste pour ainsi dire; ce qui n'empêche pas que l'épanchement puisse avoir une grande étendue; il se trouve contenu dans une sorte de cavité dont les parois épaisses sont formées par un tissu cellulaire lardacé; il se pourrait même au dire de Nélaton, que des caillots vinssent boucher l'orifice de la rupture.

Dans les larges ruptures, l'épanchement est abondant et pour ainsi dire subit. L'urine fuse au loin, s'étend sous le péritoine et le décolle; l'infiltration peut remonter jusqu'aux reins en arrière, jusqu'à l'ombilic en avant. On pourra donc trouver, comme dans le cas du malade de M. Le Dentu, une cavité énorme, capable de contenir deux litres et limitée en haut par le péritoine, latéralement par les parois pelviennes; en bas et en arrière par les restes de la vessie.

Enfin, si la rupture vésicale était consécutive à une fracture du bassin, on trouverait du côté des os des lésions sur lesquelles nous n'avons pas ici à insister.

Nous ne parlerons pas davantage de l'altération ultérieure du tissu cellulaire, des phénomènes inflammatoires et gangréneux dont il devient le siège; ce sont les lésions habituelles des infiltrations d'urine que nous ne pourrions décrire ici sans nous éloigner beaucoup du sujet de notre étude.

ÉTIOLOGIE

On a l'habitude de diviser les causes des ruptures traumatiques de la vessie en causes prédisposantes et en causes déterminantes. Envisageant les premières, nous voyons que ces ruptures sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que chez la femme (90 pour cent d'après M. Tuffier). D'autre part, c'est à l'âge moyen de la vie, l'âge de la plus grande activité, qu'on les rencontre le plus souvent.

On cite ces ruptures comme plus fréquentes en Angleterre et en Amérique qu'en France. D'après Furbury, elles seraient également plus nombreuses en Allemagne. On explique cette plus grande fréquence par ce fait que dans ces pays l'usage des boissons alcooliques est plus répandu, et que l'exercice des sports violents y est en grand honneur.

L'état de réplétion de la vessie est une des premières causes prédisposantes de sa rupture. Velpeau avait insisté sur ce point, et tout le monde reconnaît aujourd'hui que la vessie doit contenir au moins une certaine quantité de liquide pour pouvoir se rompre. Pour que la vessie puisse être rompue à vide, il faut une fracture du bassin dont les fragments agissent directement sur elle, et c'est plutôt

une déchirure, une perforation qu'une rupture. Nous ne reviendrons pas sur cette remarque que nous avons faite en traitant l'anatomie pathologique, à savoir, que plus la vessie est pleine, plus elle présente de rapports avec la paroi antérieure de l'abdomen et par conséquent plus elle est exposée au traumatisme.

Dans sa thèse, Furbury insiste beaucoup sur l'influence de l'alcoolisme. L'alcoolique serait porté à la diurèse par les boissons spiritueuses; de plus, l'atténuation de sa sensibilité et la perte de l'usage normal de ses sens, l'exposeraient à des accidents plus fréquents. Nous partageons entièrement cette manière de voir, mais nous croyons qu'il n'est pas besoin d'être alcoolique pour réaliser ces conditions; l'ivresse seule suffit et ne sait-on pas qu'il y a des alcooliques qui ne sont jamais ivres?

Quant à l'influence physiologique de l'alcool sur le muscle vésical, elle ne nous paraît pas absolument démontrée. Plus importantes sont certaines dispositions de la vessie créées par un état pathologique antérieur; l'ulcération de la muqueuse vésicale, une cicatrice ancienne, une tumeur, l'ouverture de certaines collections de voisinage favoriseront la rupture du réservoir urinaire. Ajoutons avec M. le Professeur Guyon, l'hypertrophie des parois, accompagnée de contractions spasmodiques. Enfin il faut réserver une place aux différentes causes de la rétention d'urine, comme prédisposant aux ruptures qui nous occupent. Témoin, le malade de l'observation de Michel (observation VIII), qui eut une rupture intra-péritonéale au cours d'une crise de rétention complète.

Témoin encore le malade cité par M. Lejars (1) : c'était un protastique ; il fut apporté à l'hôpital avec un ventre énorme, et qui paraissait rempli par une ascite considérable : depuis trois jours, il n'avait pas uriné ; on le sonde, on pénètre dans la vessie sans trop de difficulté : pas d'urine on laisse la sonde à demeure et, durant les quelques heures qui précédèrent la mort, il ne s'écoula pas une goutte de liquide. A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen 5 à 6 litres d'urine et une large perforation de la vessie ». Mais il ne faudrait pas croire que l'urètre perméable joue, à aucun moment, le rôle de soupape de sûreté. Lorsqu'un choc sur la vessie pleine en amène la rupture, le sphincter ne cède pas comme l'a montré Bartells.

Quant aux causes déterminantes, ce sont généralement des traumatismes violents ; écrasements par un éboulement, par une voiture ; chute d'un lieu plus ou moins élevé ; coup de pied de cheval ; choc d'un corps animé d'une certaine vitesse. Dans ces cas il existe souvent une fracture du bassin, et nous avons vu qu'il s'agit plutôt là de déchirure et de perforation que de rupture. Tantôt, en effet, c'est un fragment osseux qui vient perforer la vessie, tantôt, c'est la symphyse pubienne qui, dans son écartement, entraîne les ligaments antérieurs de la vessie et la déchire. Dans ces traumatismes directs, le poids du corps ou la vitesse acquise de celui qui tombe d'un lieu élevé ou même de sa hauteur sur un objet saillant, représente la puissance, ou bien celle-ci est représentée par

1. Lejars, *Chirurgie d'urgence*. 2^e éd. p. 325.

la force vive de l'objet vulnérant (coup de bâton, coup de pied de cheval).

La sangle musculo-aponévrotique des parois abdominales et les parois vésicales représentent la résistance. Or, qu'un traumatisme surprenne la vessie en état de réplétion ; celle-ci fuyant devant la puissance vulnérante vient se coller sur le plancher pelvien, ou même sur la symphyse pubienne selon la direction du choc, et, sous l'influence de la violence, le liquide incompressible fait rompre la paroi au point où elle se trouve le moins bien soutenue.

Au lieu d'être direct, le traumatisme peut être indirect. On a vu la rupture de la vessie se produire dans une chute sur les genoux, les pieds, les ischions, le côté, les lombes ; durant l'accouchement, par des contractions violentes de l'abdomen, ou par des manœuvres maladroites.

A côté des ruptures traumatiques, il faut réserver une place aux ruptures chirurgicales, survenant au cours d'une injection sur des vessies malades et contracturées. Ces ruptures sont le plus souvent extra-péritonéales. C'est ainsi qu'un lavage de la vessie, fait avec une pression de 1 m. 50, déterminait une rupture vésicale chez le malade de notre observation VI.

Enfin, et bien plus rares sont les ruptures spontanées, puisqu'on n'en compte que 30 pour 250 traumatiques. De violents efforts de miction, dans les cas de rétention complète d'urine en sont généralement la cause. Cependant, même sans effort, la surdistension seule de la vessie peut les produire, comme chez le malade dont Michel rapporte l'histoire (observation VIII). Il faut donc rechercher la

cause de ces ruptures spontanées dans l'état pathologique antérieur de la vessie et de l'urèthre, et l'on conçoit combien nombreuses peuvent en être les variétés pathogéniques.

SYMPTOMES

Les signes de la rupture extra-péritonéale de la vessie sont de deux ordres : les uns symptômes généraux, dépendent de la violence du traumatisme et des complications qui peuvent accompagner la lésion vésicale : les autres, ou symptômes particuliers se rattachent à la rupture de la vessie elle-même.

1° *Symptômes généraux.* — Ces symptômes sont ceux que l'on attribue au shock traumatique. Le malade est pâle, avec les lèvres cyanosées ; les yeux sont excavés ; le pouls est petit, filiforme, à peine sensible. Le corps se couvre d'une sueur abondante, les extrémités se refroidissent et le thermomètre dénote un abaissement de la température.

Gubler attribuait ces symptômes au péritonisme qui se rencontre, d'ailleurs, dans tous les traumatismes importants de l'abdomen, au début desquels il domine toute la scène.

Souvent, après l'accident, le blessé reste à terre sans pouvoir se relever ; la peau devient peu à peu terreuse et la langue sèche ; de la dyspnée apparaît sans que l'auscultation puisse en révéler la cause et la respiration est superficielle. Le malade est parfois agité, mais le

plus souvent, il est dans un état d'anéantissement et de prostration. Au moment de l'accident quelques malades ont eu la sensation d'une déchirure abdominale.

Cependant, les choses ne se passent pas toujours ainsi; on a vu des malades rentrer chez eux à pied après avoir fourni quelquefois une course de plusieurs kilomètres et les accidents paraissent n'éclater qu'à l'occasion d'un traumatisme secondaire insignifiant.

Avec Bartells, Furbury semble admettre qu'en pareil cas la rupture se fait en deux temps, mais l'hypothèse de M. Tuffier nous paraît plus vraisemblable, et, nous rangeant à son opinion, nous dirons qu'il s'agit plutôt là d'une rupture secondaire d'adhérences préservatrices.

2° Symptômes particuliers. — Dans presque tous les cas, le malade présente une rétention complète d'urine avec ténésme vésical et rectal très accentué. Quelques malades pourtant ont pu évacuer spontanément un peu d'urine généralement sanglante.

L'examen de la région hypogastrique, est douloureux et difficile à cause de la contracture de défense des muscles de la paroi. Cette douleur s'accroît au fur et à mesure que l'infiltration d'urine augmente. Un palper minutieux pourra cependant faire constater l'absence d'un globe vésical distendu : mais ce symptôme n'est pas constant et Bartells a insisté sur ce fait que dans le cas de ruptures extra-péritonéales, on peut percevoir une tumeur hypogastrique simulant la vessie. Cette tumeur, au lieu d'être régulièrement arrondie et lisse, globuleuse, est au contraire asymétrique.

Devant cet état le cathétérisme s'impose ; il est ordi-

nairement facile à pratiquer, mais il ne donne issue qu'à une minime quantité d'urine plus ou moins teintée de sang ; quelquefois même du sang pur peut s'écouler en bavant de la sonde. Il est arrivé parfois que l'on ait pu faire passer l'extrémité de la sonde métallique à travers la perforation et la sentir sous la paroi abdominale antérieure après écoulement de l'urine épanchée dans la poche néoformée, mais il ne faut pas chercher à recourir à une pareille manœuvre sur laquelle on ne peut toujours compter.

Le toucher rectal devra, par contre, être pratiqué, il permettra de constater s'il existe un empâtement périvésical plus ou moins accentué, et, dans le cas de rupture de la vessie vers son bas-fond, le doigt introduit dans le rectum (si l'on pratique en même temps le cathétérisme) sentira la sonde presque à nu, séparée seulement par l'épaisseur des tuniques de l'intestin. Enfin, l'examen devra porter sur la ceinture pelvienne, et le clinicien cherchera à reconnaître les fractures possibles du pubis par exemple, sans interventions.

Le malade étant abandonné, les accidents n'ont pas généralement la marche rapide des ruptures intra-péritonéales, surtout si les mictions spontanées, quoique peu abondantes, sont restées possibles ou encore si le cathétérisme est plusieurs fois répété. Les phénomènes d'infection apparaissent néanmoins. Des frissons irréguliers se manifestent, la température s'élève, les vomissements s'accroissent, le facies se grippe, le ventre se ballonne. Tous ces symptômes traduisent l'infection diffuse sous-péritonéale.

La mort survient alors dans un laps de temps variable et ordinairement dans un délai de cinq à huit jours.

Cependant, la guérison spontanée a été observée. Monis (cité par M. Tuffier) a publié un cas de guérison après rupture intra-péritonéale. Si ce fait est indiscutable puisque l'autopsie l'a démontré longtemps après, il n'en est pas moins vrai qu'il est unique, tandis que dans les ruptures extra-péritonéales, lorsqu'il n'y a pas d'infiltration et parfois même, lorsque celle-ci existe, la guérison spontanée a été observée plusieurs fois.

Tels sont les cas de Drapier, de Delamarre, de Sieur, (observation IV). Nous nous contentons de constater ces faits et de remarquer leur rareté, car il est loin de notre pensée de conseiller l'expectation en pareille circonstance. On ne saurait en effet compter sur une heureuse issue si exceptionnellement observée.

OBSERVATION I

Large rupture extra péritonéale de la vessie. Guérison (*Annales des malad. des org. génitaux urinaires*, 1897, n° 6).

Joseph Lef... âgé de 30 ans, terrassier entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne n° 17 pour un traumatisme de la région lombaire et du bassin.

Dans les antécédents héréditaires et personnels du malade rien à relever, si ce n'est un peu d'éthylisme.

Le matin de son entrée à l'hôpital, cet homme, en conduisant à pied un camion, fut renversé par son cheval; il tomba

à terre, et fut violemment serré, le côté droit du bassin contre le trottoir, le flanc gauche contre la roue du véhicule, qui le heurta obliquement. A ce moment, le malade avait besoin d'uriner depuis quelques instants.

Lors de son entrée à l'hôpital, on constate une forte ecchymose dans la région lombaire du côté gauche avec douleur vive et bien localisée. Cet homme a uriné spontanément, mais peu, environ 100 grammes ; son urine est sanglante.

Dans la journée du 11 mai, il n'urine plus et se plaint de douleurs vives généralisées à tout l'abdomen ; les muscles de la paroi sont fortement contracturés et ne permettent pas l'exploration du ventre au palper. Etat général mauvais ; traits tirés ; yeux excavés et cernés. Dans la soirée, il émet seul un peu d'urine sanglante.

Le 12 mai, à la visite, le malade accuse une sensibilité extrême du ventre, qui est un peu ballonné ; il a eu dans la nuit des crampes dans les jambes, surtout dans la jambe gauche et il n'a pas uriné. Le ventre est fortement contracté, sonne à la percussion, sauf à la partie inférieure, où l'on trouve de la matité remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, un peu plus haut à droite qu'à gauche.

Le cathétérisme, d'ailleurs facile, évacue environ 100 grammes de liquide mêlé de sang noir. Le malade n'a pas eu un seul vomissement, mais il a le faciès péritonéal et souffre beaucoup du ventre.

Devant ces symptômes, M. le Dentu juge une intervention urgente et le malade est anesthésié à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. Après avoir sectionné la ligne blanche, on remarque une infiltration sanguine d'autant plus accentuée que l'on descend plus vers la symphyse

pubienne. Sans ouvrir le péritoine, M. Le Dentu dirige son intervention de ce côté, et tombe sur une énorme cavité remplie par deux litres d'urine et de sang mélangés. En explorant avec le doigt, on sent nettement le péritoine pelvien décollé et refoulé en haut; les parties latérales de cette cavité sont formées par le bassin, et le doigt arrive facilement sur l'aponévrose de l'obturateur interne de chaque côté. Au fond de la plaie, se trouve la vessie, rompue longitudinalement depuis son sommet jusqu'à un centimètre du col; l'organe est complètement étalé, et on n'en touche que la muqueuse; en bas, on perçoit un petit infundibulum de 14 centimètres de profondeur à peine que représente le col vésical.

L'intervention se borne à vider et à laver à l'eau boriquée la cavité, puis à suturer par deux ou trois points au catgut de chaque côté les bords de la plaie vésicale aux bords de la plaie opératoire. Tamponnement à la gaze iodoformée de l'espace compris de chaque côté entre la vessie et la paroi pelvienne. Un drain faisant siphon dans un urinal est placé dans ce qui reste de la vessie, et la partie supérieure de la plaie reste suturée à la soie avec des points profonds. Toute tentative de suture immédiate de la vessie était ici impossible, d'une part parce que l'organe était très profondément situé et difficilement accessible; d'autre part à cause de l'étendue de la rupture qui allait jusqu'au col, enfin parce que les parois vésicales friables et infiltrées ne résistaient pas aux tractions des fils. Dans la journée, le malade a eu quatre vomissements sans caractère précis; le soir on lui fait une injection intraveineuse de 800 grammes de sérum artificiel; le poulx bat 132 pulsations.

Le 13 mai. — Pas de vomissements, le drainage sus-pubien a donné 500 grammes d'urine peu sanglante; pouls à 120°, 40 respirations par minute. Injection de 500 grammes de sérum artificiel dans la médiane céphalique du bras gauche.

Le 14 mai. — La nuit a été assez bonne; pourtant il y a eu un vomissement; la respiration est à 36 le matin et à 40 le soir; le pouls bat à 104 le matin et à 116 le soir; injection intra-veineuse de 600 grammes de sérum. Le drainage sus-pubien est laissé en place, mais on ajoute une sonde à demeure dans l'urèthre et on fait un lavage forcé de 2 litres; le liquide injecté par la sonde sort par le drain on change les tamponnements iodoformés, les lavages sont répétés chaque jour.

Le 15 mai. — Amélioration notable; état général meilleur; 800 grammes d'urine non teintée de sang. Pouls à 97, respiration à 28 par minute. Pansement, lavage; la plaie a bon aspect.

A partir de ce moment le malade a continué d'aller mieux jusqu'au 18 mai; ce même jour, on enlève les fils; la plaie est réunie en haut, à la partie inférieure, le dernier point est infecté et n'a pas repris.

Le 22 mai. — Frissons, malaise, dyspnée intense. Aucune modification du côté de la plaie qui bourgeonne. A l'auscultation, on trouve deux foyers de broncho-pneumonie aux deux bases, occupant le tiers inférieur du poulmon droit et les deux tiers du gauche. Ventouses, sulfate de quinine.

Même état jusqu'au 28 mai; à partir de cette date, les deux foyers pulmonaires sont entrés en résolution lente.

La plaie a bon aspect; le péritoine pelvien s'est complètement recollé du côté gauche, le décollement est très réduit

à droite. Mais le malade reste très affaibli ; il est fort amaigri, son teint est terreux.

Le 1^{er} juin. — Le péritoine est complètement recollé à droite dans le bassin ; la plaie a bourgeonné et ne laisse place qu'au passage du drain.

Le 2 juin. — Le malade est pris de délire avec un peu d'agitation, il retire sa sonde et défait son pansement. La sonde est remise en place. Le délire continue, monotone et tranquille les jours suivants : la sonde ne peut être laissée : le malade la retire sans cesse. Plus rien à l'auscultation des poumons.

Même état jusqu'au 12 juin ; ce jour, le malade a de nouveau enlevé sa sonde qu'on avait remplacée, et son drain ; celui-ci ne peut être remis dans le trajet. Depuis ce moment, la plaie a bourgeonné rapidement et s'est complètement cicatrisée en quelques jours. Le malade commence à manger, l'état général devient meilleur, l'embonpoint renaît peu à peu. Les mictions se font sans cathétérisme et sans douleur. Le jet d'urine est normal et assez puissant.

Le 23 août. — On examine la vessie au cystoscope ; mais l'examen est difficile à cause de l'indocilité du malade ; il se met à uriner. Cependant on ne voit rien de particulier, il est impossible de retrouver la cicatrice vésicale.

Sortie le 24 août.

OBSERVATION II (Résumée).

Rupture traumatique de la vessie. Guérison spontanée, Dr Drapier, *Journ. des Sciences méd. de Lille*, 10 déc. 1898, in *Annal. gén. urin.* Juin 1899).

Le nommé D..., cultivateur, 55 ans, conduisant ses chevaux à l'abreuvoir, était monté sur l'un d'eux, lorsque ce dernier, faisant un écart brusque, renversa son cavalier à terre, au milieu des autres chevaux. Il fut piétiné par eux, et reçut outre quelques contusions sans gravité, un coup de pied violent dans la région de l'hypogastre. Cet homme était légèrement ivre. Avant de monter à cheval, il avait bien éprouvé une assez forte envie d'uriner, mais n'avait pas satisfait ce besoin. Le blessé, très agité, le teint pâle, le pouls petit, rapide, filiforme, se plaint de douleurs atroces dans le bas-ventre et d'envies continuelles d'uriner. La région hypogastrique est très douloureuse, légèrement ballonnée. Par l'urèthre, il s'écoule un peu de sang et un caillot est expulsé après de violents efforts et une douleur atroce. Ce caillot est allongé, du calibre, de l'urèthre. Le ténesme vésical persiste, pas d'émission d'urine, bien que le blessé n'ait pas uriné depuis plusieurs heures.

Une sonde molle est introduite dans la vessie sans difficulté; mais il n'en sort qu'un peu de liquide sanguinolent. On injecte 100 grammes d'eau boriquée qui n'est pas expulsée.

Le diagnostic de rupture de la vessie est porté, et un confrère, le docteur Bourg, est appelé pour l'opération.

A son arrivée, le malade dormait. Peu après, il urina un peu de liquide sanguinolent.

Les douleurs étaient un peu calmées. Après 6 ou 7 heures, il urinait sans difficulté ; les douleurs étaient peu intenses, l'état général bon. Au bout de cinq jours, la guérison était complète et le malade avait repris son travail.

OBSERVATION III (Résumée).

Ruptures sous-péritonéales de la vessie, indépendantes de fractures du bassin.

(Lohéac, int. des hôpitaux (Soc. anatomo-clinique de Lille) in *Ann. génito-urin.*, juillet 1899).

L. D.... cocher, entre le 20 juin 1898 dans le service du professeur Duret.

La veille au soir, il montait un très fort cheval, quand celui-ci se cabra et tomba entraînant le cavalier dans sa chute. Ce dernier fut projeté à terre sur le dos, et la croupe du cheval vint s'abattre sur la partie inférieure de son ventre, au niveau du pubis.

Malgré une douleur très vive dans le bas-ventre, il put, avec l'aide de quelques amis, regagner son domicile qui était voisin.

A son entrée à l'hôpital, 24 heures environ après l'accident, notre attention est tout d'abord attirée par une vaste ecchymose occupant toute la région sous-ombilicale de l'abdomen, plus accentuée dans les flancs et s'étendant à la partie supérieure et interne des cuisses. Les organes génitaux externes présentent aussi une coloration ecchymotique, mais beaucoup moins intense.

Tout l'abdomen est douloureux à la pression, la douleur paraît être très superficielle. Il ne semble pas y avoir de lésions viscérales. Depuis l'accident, le malade a eu deux selles normales mais peu abondantes. Les voies urinaires semblent indemnes ; le malade a uriné à plusieurs reprises devant nous d'une petite quantité d'urine limpide, sans traces de caillot ni de sang.

Il existe une fracture du pubis.

L'état est satisfaisant. Le malade répond à toutes les questions : la langue est humide. Le pouls, fort et irrégulier bat à 90.

Pas de dyspnée.

Le 21 juin. — Le ventre est plus tendu, la teinte ecchymotique est plus accentuée. L'hématome pariétal est plus abondant et a déterminé une éraillure de quelques millimètres. Etat général moins satisfaisant que la veille.

Le 22 juin. — La nuit a été mauvaise. Odeur urineuse intense. A peine 100 gr, d'urine ont été émis depuis 24 heures. Nous essayons à plusieurs reprises et avec des sondes de calibres différents de nous rendre compte de l'état de réplétion de la vessie, mais il nous est impossible d'y pénétrer ; la sonde est arrêtée à 21 centimètres du méat par un obstacle infranchissable.

Pressé de questions, le malade avoue plusieurs blennorrhagies à la suite desquelles le jet de son urine a considérablement perdu de sa force et de son ampleur. Etat général plus mauvais. Pouls petit à 110. Dyspnée. Le facies est tiré, la langue sèche. L'abdomen est de plus en plus dur. Au-dessus du pubis, voussure appréciable à la vue et au palper. Œdème de la région sus-ombilicale et de la face interne des cuis-

ses. Le professeur Duret décida la cystostomie sus-pubienne, après avoir essayé inutilement de sonder le malade sous chloroforme.

L'ouverture de la cavité de Retzius laisse échapper un flot de liquide citrin, d'odeur urineuse, mélangé d'un peu de sang coagulé. On recherche la vessie, qu'on trouve difficilement ; en effet, celle-ci est petite, rétractée, cachée derrière la symphyse ; en outre toute la région est remplie de caillots ; la vessie est fortement repoussée à droite par un hématome sous-péritonéal. A l'aide d'une pince de Museux, on attire la vessie au dehors et malgré l'exploration la plus attentive, on ne trouve pas de rupture appréciable.

On l'incise parallèlement à son grand axe sur une largeur de quelques centimètres, et on essaye le cathétérisme rétrograde.

On place alors deux tubes de Périer accouplés et fixés aux téguments, et on continue l'opération de la cystostomie sus-pubienne selon les règles ordinaires.

Les jours suivants, 23 et 24 juin, on constate que les tubes de Périer ont parfaitement fonctionné. L'urine expulsée est normale, sans caillots sanguins ; mais l'état général est mauvais.

Le 25 juin. — Le malade meurt.

Autopsie. — L'intestin présente plusieurs perforations. L'urèthre ne présente pas de lésions de continuité, mais, à l'extrémité supérieure de la portion membraneuse existe un rétrécissement canaliculaire, long de 7 à 8 millimètres, pouvant à peine laisser passer un stylet de très petit calibre. Les parois, au niveau du rétrécissement, sont fibreuses, presque crétacées.

La vessie est petite, rétractée. Elle contient une petite quantité d'urine limpide. Pas de fausses membranes, pas de caillots. La face antérieure et sa face latérale gauche sont rétractées et ne présentent pas de solution de continuité.

Il n'en est pas de même au niveau de la face postéro-latérale droite.

a). — A l'union de sa face latérale droite et de sa face postérieure, à 3 centimètres environ du bas-fond, on voit une rupture de quinze millimètres de long sur six millimètres de large, oblique en bas et en arrière. A ce niveau la muqueuse et la couche membraneuse sous-jacente sont rompues ; dans le fond de la déchirure on voit une mince épaisseur de fibres musculaires. Le péritoine n'est pas intéressé.

b). — Un peu plus en dedans existe une seconde rupture, celle-ci à peu près verticale, presque linéaire, longue de 7 à 8 millimètres. La muqueuse est complètement rompue, mais la couche musculuse ne paraît déchirée que dans ses places sous-muqueuses. Cependant, un stylet introduit par son orifice pénètre jusqu'au niveau du péritoine.

c). — Plus en dedans encore, au milieu de la face postérieure de l'organe, existent plusieurs déchirures n'intéressant que la muqueuse. L'une d'elles a la forme d'un trèfle : à côté de celle-ci existe un groupe de trois petites ruptures linéaires, allant jusqu'aux couches moyennes de la musculuse.

Ajoutons que sur tout le pourtour de la vessie le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré de caillots sanguins noirs.

L'hématome est surtout abondant au niveau de la face latérale gauche de la vessie où il acquiert le volume du poing,

refoulant à la fois le péritoine et la vessie. Du reste l'infiltration sanguine a suivi la gaine des vaisseaux jusqu'au niveau de la pointe du triangle de Scarpa.

Il existe quatre fractures du bassin, mais les ruptures vésicales semblent indépendantes de ces fractures.

OBSERVATION IV

Contusion de l'ablomen par coup de pied de cheval. Symptômes immédiats de rupture de la vessie. Guérison sans intervention.

(M. Sieur, Soc. de chirurg., 12 juillet 1899).

Le nommé L..., trompette au 7^e régiment de cuirassiers, reçoit au niveau du bas-ventre, le 4 mai 1895, à 8 heures du matin, un coup de pied de cheval lancé à toute volée.

Transporté immédiatement à l'infirmerie, on lui applique un bandage de corps afin d'immobiliser l'abdomen et on lui donne deux pilules d'opium de 3 centigrammes.

Arrivé dans notre service à l'hôpital Desgenettes, deux heures à peine après son accident, nous trouvons L..., dans l'état suivant :

C'est un homme robuste qui nous raconte qu'ayant reçu l'ordre de faire avancer un cheval qui venait de se fracturer le membre postérieur gauche, il se tenait à un mètre environ derrière lui et le stimulait à l'aide d'une baguette quand l'animal, s'étant soulevé brusquement sur les pattes de devant, lui avait envoyé avec l'autre membre postérieur sain un coup de pied qui l'avait renversé à terre. Bien que pris immédiatement d'une violente douleur dans le bas-ventre, il avait pu se relever en se soutenant l'abdomen avec les mains,

mais à peine avait-il fait quelques pas que l'intensité de la douleur le forçait à s'agenouiller et il serait tombé à terre sans l'aide de ses camarades. A aucun moment cependant il n'a perdu connaissance ; il a eu quelques nausées, mais pas de vomissements.

A l'heure actuelle (deux heures environ après le traumatisme), la face est pâle, les traits sont tirés, mais la respiration est ample, régulière ; le pouls bat 64° à la minute. Les extrémités sont froides, et le malade se sent frissonnant.

Le ventre mis à découvert, on note à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne une trainée rose, à direction transversale, et de 7 centimètres de long qui indique le point atteint par le sabot du cheval.

La douleur éprouvée par le blessé est comparée par lui à une sorte de déchirure profonde ; elle est spontanée, s'exagère par les grands mouvements respiratoires, par les déplacements du corps, et surtout par la pression et la palpation de l'abdomen. Dès qu'on applique la main sur la paroi abdominale, les muscles entrent immédiatement en contraction, bien que la douleur ne soit vraiment intolérable qu'au niveau de la région hypogastrique, au-dessus de la symphyse pubienne, et un peu à gauche de la ligne médiane, point terminal de la trainée rose signalée plus haut.

Percussion normale. Pas de matité au niveau de la région vésicale, ni dans les deux fosses iliaques, ni dans les flancs.

Le point sur lequel semblait s'être concentré tout l'effort du traumatisme correspondant à la zone, habituellement occupée par la vessie en état de réplétion, notre attention devait naturellement se porter de ce côté. Le malade nous apprend qu'il a uriné à 5 heures du matin, au moment du

réveil; qu'il a pris un quart de café avant de se rendre au terrain de manœuvres, et qu'il avait besoin d'uriner au moment où il a reçu le coup de pied de cheval sur le ventre. Depuis son traumatisme, il n'a pas uriné, bien que le besoin soit allé en croissant.

Invité à faire quelques efforts modérés de miction, il éprouve aussitôt une douleur très vive et ne peut émettre une seule goutte d'urine.

Après désinfection immédiate de la verge, du méat et lavage de l'urèthre antérieur à l'eau boricquée et au permanganate de potasse, on introduit une grosse sonde de Nélaton préalablement soumise à l'ébullition. Cette introduction, qui se fait sans difficulté, ne ramène que quelques gouttes d'urine fortement sanglante.

Rassemblant alors les commémoratifs de l'accident et les symptômes présentés par le blessé, nous en sommes amenés à conclure qu'il est vraisemblablement atteint d'une rupture de la vessie, d'autant plus que le doigt introduit dans le rectum réveille une douleur vive au moment où son extrémité passe sur le bas-fond.

Nous relevons en effet :

1° La cause même du traumatisme : coup de pied lancé à toute volée ;

2° Le point atteint qui correspond à la zone occupée par la vessie à l'état de réplétion ;

3° Le temps écoulé depuis la dernière miction (trois heures) et l'absorption dans cet intervalle d'un agent aussi diurétique que le café et enfin le besoin d'uriner qu'éprouvait le blessé au moment de son traumatisme ;

4° L'intensité de la douleur immédiatement éprouvée par L..., douleur qu'il compare à une déchirure profonde ;

5° Le besoin d'uriner qu'il éprouve et qu'il ne peut satisfaire ;

6° L'absence de matité et de globe vésical immédiatement au-dessus du pubis, cinq heures après la dernière miction.

7° Enfin l'écoulement par la sonde de quelques gouttes d'urine sanglante.

Seul, l'état général était peu en rapport avec une lésion grave de la vessie ou d'un viscère abdominal : shok peu intense ; pouls régulier et de fréquence à peu près normale. Pas de nausées ni de refroidissement cholériforme.

Aussi l'urgence d'une intervention n'était pas absolue et n'ayant d'ailleurs pas sous la main les aides nécessaires, nous nous décidons à attendre quelques heures ; mais nous croyons prudent de laisser la sonde à demeure et, pour éviter toute infection, son extrémité libre est entourée de compresses antiseptiques et plonge dans un urinal au moyen d'un ajutage en caoutchouc.

Comme traitement : diète absolue : injection sous-cutanée de morphine pour calmer la douleur et large vessie de glace sur le point traumatisé.

A 2 heures de l'après-midi : T. 37°3, pouls 64, respiration régulière, facies peu tiré. Pas de nausées, douleur abdominale moins vive, sauf au niveau du point contus. Intelligence nette.

80 grammes d'urine claire sont émise par le malade ; seules les compresses stérilisées qui entourent la sonde et au travers desquelles se filtre l'urine sont un peu teintées de sang.

L'examen du ventre ne révèle aucun tympanisme ; la

région sus-pubienne est sonore ainsi que les fosses iliaques, et si la douleur locale est suffisamment vive pour revêtir un caractère syncopal à une pression un peu prolongée, la douleur propagée semble s'être atténuée.

En présence du maintien de l'état général et des indications nouvelles fournies par l'émission d'urines à peu près claires, et, après avoir pris l'avis de M. le Médecin-chef Pierrot et de nos collègues Hassler et Riobanc, nous crûmes préférable de nous abstenir de toute intervention et de nous en tenir à l'expectation armée. Fallait-il pour confirmer définitivement notre diagnostic de rupture vésicale recourir à l'injection intra-vésicale d'eau salée ou d'air stérilisé préconisée par Weir et Hahn? Evidemment non. Pareille investigation n'offrait aucun intérêt pour notre blessé, et Briddon lui reproche avec raison d'augmenter les chances et l'étendue de l'infection du péritoine, lorsqu'il existe une rupture intra-péritonéale, et d'agrandir la déchirure, lorsque les parois vésicales ne sont que partiellement rompues ou le sont en totalité sur une très petite étendue.

D'ailleurs les suites devaient justifier notre conduite.

Le lendemain 5. — Le malade qui a été soumis à une diète absolue et qui a reçu 3 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées a passé une nuit calme. Etat général excellent T. 37°,2, pouls 65; douleur au point contus toujours vive. Sonde bien tolérée; les urines sont claires et la quantité émise depuis la veille atteint 300 grammes.

Même traitement, diète absolue, glace intus et extra; trois injections de morphine de un centigramme chacune, à midi, 4 heures et 9 heures du soir.

Le soir T. 38°, degrés, à la suite d'une visite des parents.

Pas de nausées, pas de frissons, aucune modification dans l'état local.

Le 6. — L'amélioration continue. Le blessé a dormi pendant quelques heures. T. 37°,3 : pouls 70 régulier. Ventre souple, moins sensible dans son ensemble ; mais au niveau de la région atteinte, la défense musculaire persiste et s'oppose à toute exploration profonde. Les urines émises sont toujours claires et leur quantité pendant les 14 heures atteint 575 centimètres cubes. Par contre, le malade se plaint d'éprouver une sensation de brûlure dans le canal et l'on constate la présence d'une gouttelette de pus au niveau du méat. L..., nous raconte alors qu'il a contracté antérieurement la blennorrhagie, et qu'il en a conservé un léger écoulement.

La sonde, introduite au moment de l'accident et dont la présence a irrité la muqueuse uréthrale, est retirée jusqu'à ce que son extrémité profonde soit arrivée au niveau de l'urèthre antérieur. Une injection d'eau boriquée, puis une injection de permanganate à 1/1000 sont poussées modérément dans son intérieur, de façon à balayer et désinfecter tout l'urèthre antérieur. Une nouvelle sonde enduite de vaseline boriquée est réintroduite dans la vessie, mais aucun lavage n'est poussé dans cette dernière.

Comme traitement interne : diète lactée, glace, cachets de salol et suppression des injections de morphine.

Le 8. — Atténuation des symptômes du début. Température normale. Douleur locale moindre, mais encore réveillée facilement par une pression même légère. Urines claires ; quantité de 24 heures : 700 grammes. Seul, l'écoulement uréthral est plus abondant en raison du maintien de la sonde à demeure. Nouveau lavage de l'urèthre antérieur au perman-

ganate de potasse et réintroduction d'une nouvelle sonde.

Le 10 mai. — (La sonde à demeure n'étant plus tolérée a été retirée la veille), le malade a une miction spontanée non douloureuse. Quantité d'urine rendue dans les dernières 24 heures, 1000 centimètres cubes. Au fond du vase, mince couche de pus provenant du canal, et au-dessus, notable quantité de mucus vésical. Désinfection soigneuse de l'urèthre au permanganate de potasse et lavage de la vessie à l'aide d'une sonde à double courant.

A dater de ce jour, la guérison est allée en s'accroissant de plus en plus et nous ne trouvons à signaler qu'une légère poussée inflammatoire du côté de l'épididyme gauche, survenue le quinzième jour, et ultérieurement quelques phénomènes d'urétrite postérieure et de cystite du col rapidement enrayés par des instillations de nitrate d'argent.

Au bout d'un mois et demi, L..., quittait l'hôpital ne conservant aucune trace de son ancien traumatisme.

OBSERVATION VI

Delamarre. (Soc. chir. 5 juillet 1899).

Le 17 novembre 1897, M. J., sous-lieutenant au 17^e d'artillerie tombe de cheval au polygone; son pied reste pris dans l'étrier; il est traîné sur une distance de 25 mètres environ et reçoit plusieurs ruades durant le trajet.

Le blessé qui souffrait beaucoup n'a pu se relever. Il existe, outre quelques traces de contusion, un épanchement sanguin considérable du scrotum. Les jours suivants, M. J... éprouve de vives douleurs dans la région hypogastrique et n'émet

que quelques gouttes d'urine mélangée de sang, mais il n'existe pas d'urétrorrhagie en dehors des mictions.

Une sonde en gomme passe sans difficulté dans la vessie, mais n'est pas laissée à demeure. Le cathétérisme est répété matin et soir. .

Le 25 Novembre. — L'épanchement scrotal est résorbé, mais il existe un gonflement notable de la région inguino-currale, qui envahit bientôt le pénis et qui, incisé, donne issue à de l'urine, à des gaz et à des portions de tissu cellulaire sphacélé. Une deuxième incision est pratiquée dans le pli génito-curral. M. Delamarre fait immédiatement après, dans la vessie, une injection de permanganate de potasse à 1/4000 qui revient par les incisions périnéales.

La température ne tarde pas à retomber à la normale. Les injections sont continuées chaque jour: le 15 décembre, elles ne passent plus par la plaie du périnée, qui se trouve complètement cicatrisée le 20 décembre. Le 20 janvier, la guérison de M. J. est complète.

OBSERVATION VII

Rupture extra péritonéale de la vessie consécutive à l'emploi des grands lavages de l'urèthre au cours d'une blennorrhagie. Guérison. (Ch. Audry : *Arch. prov. de Chirurgie* 1^{re} mars 1896).

Lament L..., cordonnier, âgé de 40 ans, s'est présenté à la consultation de médecine, a été reçu dans une clinique médicale, et a été aussitôt évacué à la clinique de dermatosyphiligraphie, Salle Saint-Victor n° 7 où il entre le 19 décembre 1895.

Le malade a été briquetier pendant 20 ans. Depuis plusieurs années, il est sujet à de violentes coliques qui sont plus fréquentes encore et plus accentuées depuis 2 mois. Le malade avait alors une diarrhée persistante à laquelle a succédé, depuis quelques jours, de la constipation.

Il y a un mois qu'il a contracté une blennorrhagie d'allure assez ordinaire. Gonocoques. Cystite se manifestant par des mictions un peu plus fréquentes et des urines troubles en totalité, état général assez peu brillant. Malade pâle.

Un lavage de la vessie avec une solution de nitrate d'argent à 1/500 suffit pour éclaircir les urines. On prescrit alors les lavages au permanganate de potasse. Le premier lavage est fait comme à l'ordinaire par l'infirmier, le 22 décembre à 8 heures du matin avec une solution de 1/3000, et une pression de 1 m 50. Ce lavage, d'après les renseignements fournis par l'infirmier ne présenta aucune anomalie. 250 grammes furent injectés; le malade dit qu'il aurait éprouvé soudain une douleur vive, mais passagère. Cependant, malgré ses efforts, le malade ne put pisser le liquide injecté, et celui-ci fut extrait après cathétérisme avec une sonde de Nélaton.

Le malade regagne assez tranquillement son lit. Mais bientôt après, il est pris de douleurs extrêmement vives dans hypogastre, M. Sorel, interne du service, le voit une heure plus tard et lui fait une injection de morphine après s'être enquis des événements. Les douleurs persistent malgré de l'opium à l'intérieur et une nouvelle injection de morphine. Température du soir normale.

Le lendemain matin, l'état général est mauvais; face pâle,

traits tirés, langue un peu sèche, pouls petit, ventre ballonné, surtout à gauche. Température normale.

Au niveau de la région prévésicale, grosse masserégulière, mate à la percussion, qui semble être la vessie. Le malade n'a pas uriné depuis 24 heures. Le cathétérisme aussitôt pratiqué avec une sonde de Nélaton ne ramène que 30 à 40 grammes de liquide brun, semé de débris flottants où le microscope reconnut de nombreux globules rouges. La première idée émise est celle de rupture vésicale ; on y renonce provisoirement parce que l'état général du malade n'est pas en rapport avec la gravité de cet accident. Le ballonnement est limité à gauche. La respiration diaphragmatique se fait bien ; il n'existe aucun signe de péritonite généralisée. Enfin pas de fièvre. On s'arrête donc à l'hypothèse d'anurie réflexe et de pelvi-péritonite gauche et médiane, englobant la vessie et probablement en relation avec l'intestin. Expectation. Le soir T. 38°. Pouls petit. Le cathétérisme retire 60 à 80 grammes d'urine brune. Un lavement procure une selle et des gaz. Trois vomissements pendant la nuit.

Le 24, état absolument stationnaire. T. 39°. On pense toujours à une pelvipéritonite suppurée d'origine intestinale.

M. le professeur agrégé Vieusse avait bien voulu se charger de la laparatomie jugée urgente, quand la femme du malade demanda à ce qu'il fut transporté dans un service de chirurgie. L... fut évacué sur la clinique chirurgicale. M. le professeur Jeannel le vit le soir même ; les choses étaient en l'état que nous avons dit ; sauf qu'il existait de l'œdème dans la région sus-pubienne.

Une incision médiane, pratiquée à ce niveau, montra qu'il existait de l'infiltration d'urine de la cavité de Retzius. Rien

de péritonéal. Une injection par l'urèthre ressortait dans la plaie rétro-pubienne. On ne chercha pas l'orifice. M. Jeannel pensa qu'il était situé fort bas en arrière; il se contenta d'établir un drainage et une sonde à demeure.

Le malade était guéri un mois plus tard.

OBSERVATION VII

Rupture extra-péritonéale de la vessie avec fracture du bassin.
M. J. P. Mitchell (résumée).

Le malade dont l'auteur rapporte l'observation est une femme de 52 ans. Elle fut précipitée en bas d'une voiture et les roues du véhicule lui passèrent sur le ventre. Quand on la releva, on put constater qu'il existait une fracture du bassin et qu'en outre la vessie s'était rompue. Il s'agissait d'une rupture extra-péritonéale.

L'intervention chirurgicale fut rapidement décidée et 17 heures après l'accident l'opération avait lieu. Le chirurgien fit une incision au-dessus du pubis, évacua l'urine extra-vasée et répara la rupture vésicale. Pendant dix-huit jours, la malade fut maintenu d'une façon presque continuelle dans des bains. La guérison fut complète, mais elle ne survint guère définitivement qu'au bout de quatre mois et demi.

OBSERVATION VIII

Rupture spontanée de la vessie chez un rétréci. Michel, Soc. Méd. de Nancy. 25 janvier 1899 (résumée).

Michel rapporte l'histoire d'un malade qui souffrait depuis 2 ans d'une dysurie très accusée à la suite de rétrécissement ; au cours d'une crise de rétention absolue, ce malade éprouva dans le ventre une douleur soudaine, et bientôt après se déclarèrent des accidents péritonitiques. Il ne rentra à l'hôpital que 3 jours après. L'état est mauvais ; les douleurs abdominales sont vives, les vomissements se répètent ; on constate de l'œdème de la paroi hypogastrique. L'exploration de l'urèthre permet de constater un rétrécissement infranchissable. On diagnostique une rupture de la vessie, et l'on pratique immédiatement l'incision hypogastrique. Le malade est mourant et l'on se contente d'un simple drainage.

À l'autopsie, on trouve, sur le côté de la vessie, une perte de substance des dimensions d'une pièce de un franc ; elle est située sur la paroi postérieure de la vessie au-dessous du cul-de-sac que forme le péritoine pour remonter sur le rectum.

La rupture était donc extra-péritonéale et le péritoine paraît s'être perforé secondairement.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC

On ne saurait trop insister sur l'importance du diagnostic établi précocement dans les cas de rupture extra-péritonéale de la vessie. C'est de ce diagnostic que dépendra l'intervention chirurgicale et il faut exécuter celle-ci de très bonne heure si l'on veut avoir le plus de chances de sauver son malade. D'autre part, il ne faut pas se contenter d'avoir reconnu une rupture vésicale, il faut aussi tâcher d'en préciser le siège et la variété. Une rupture extra péritonéale conduira à une intervention différente de celle que réclame une rupture intra-péritonéale et l'on conçoit toute la gravité d'une erreur qui amènerait à ouvrir le péritoine intact, et un foyer d'épanchement urinaire en dehors de lui.

Le diagnostic comporte donc l'étude des questions suivantes.

- 1° Existe-t-il une rupture vésicale ?
- 2° Est-elle intra ou extra-péritonéale ?
- 3° Quel est le siège probable ?

Nous allons essayer d'élucider chacun de ces points.

- 1° Existe-t-il une rupture vésicale ?

Immédiatement après l'accident aucun des symptômes généraux ne permet de poser le diagnostic de rupture de la vessie car aucun d'eux n'a de valeur pathognomonique.

Les phénomènes généraux sont ceux du shock traumatique, du péritonisme de Gübler. Ils se rencontrent dans tous les grands traumatismes de l'abdomen, que le péritoine ait été lésé ou non. On les observe aussi bien avec une lésion de l'intestin qu'avec une lésion de l'appareil urinaire ; bien plus, ils sont habituels après la contusion abdominale sans lésions viscérales graves. Il est vrai que dans ce dernier cas, ils sont moins persistants et s'atténuent progressivement. En se basant sur les conditions dans lesquelles l'accident est survenu, sur le siège et le caractère du traumatisme qui a nettement porté sur la région sus-pubienne, et à un moment où la réplétion de la vessie était au moins probable, on songera à la possibilité d'une lésion de la vessie, et on cherchera soigneusement tous les signes pouvant renseigner sur l'état du réservoir urinaire. Il faut donc avoir recours au cathétérisme, et nous ne saurions trop rappeler ici que ce cathétérisme doit être prudent et parfaitement aseptique.

Généralement, la sonde arrivera sans peine à parcourir l'urèthre, et l'intégrité de l'urèthre sera à peu près certaine. Il s'écoulera alors une petite quantité d'urine sanglante, ou même du sang pur qui sortira en bavant. Malgré l'absence d'émission volontaire d'urine et d'évacuation par la sonde, le malade a des besoins d'uriner répétés et douloureux. Mais ces signes n'ont de valeur que par leur corrélation avec l'ensemble des accidents précités : car ils se présentent également dans les contusions rénales. L'examen local n'autorisera guère cette confusion : il montrera que la douleur ne siège pas aux reins, mais dans la région vésicale, soit qu'on palpe la région

hypogastrique, soit qu'on explore le bas-fond de la vessie par le toucher rectal. Béal a proposé comme moyen de diagnostic, de faire une boutonnière périnéale, mais ce procédé mis en avant par lui-même amena la mort par hémorrhagie.

Keen propose de faire des injections d'air stérilisé dans la vessie, enfin plusieurs auteurs, et en particulier M. le Professeur Guyon ont préconisé l'injection d'un liquide antiseptique tel que l'eau boriquée. Si la vessie est saine, elle se distendra rapidement et formera à l'hypogastre une saillie persistante ; si elle est rompue, le globe vésical apparaîtra peu ou point, le liquide fusant par la rupture pour s'infiltrer dans les parties voisines, et, au cas de rupture intra-péritonéale il déterminera une ascite artificielle facile à constater. M. Tuffier considère ces injections comme dangereuses, et, de plus, ses résultats sont inconstants : nous n'en voulons pour preuve que l'intéressante observation rapportée par Bryant (1) dans laquelle le liquide injecté ressortait totalement par la sonde bien qu'il existât une rupture intra-péritonéale de la vessie. Si les commémoratifs de l'accident, les phénomènes généraux, l'absence d'émission volontaire d'urine, le ténesme vésical et rectal, l'écoulement par le cathéter d'un peu de sang ou d'urine sanguinolente, font penser à une rupture vésicale, on pourra compléter le diagnostic par le cathétérisme combiné au palper et au toucher. La sonde étant introduite dans la vessie et son bec retourné en arrière, le doigt qui explore le rectum pourra sentir l'instrument

1° Bryant. *Med. record*, New-York 1889, A. 39 page 229.

dont il n'est séparé que par la paroi intestinale en cas de rupture postérieure. Si de ce côté, on ne perçoit rien d'anormal le bec de la sonde sera retourné en avant. Rarement, il pourra à travers la déchirure, pénétrer dans la collection intra-vésicale antérieure. Plus souvent, l'extrême liberté de l'instrument et sa perception quelquefois facile en palpant l'hypogastre permettront de reconnaître qu'il s'agit bien d'une rupture de la vessie.

2° La rupture est-elle intra ou extra-péritonéale ? Ce diagnostic n'est pas toujours facile. Evidemment, en cas de rupture intra-péritonéale, on constatera la vacuité de la zone hypogastrique ; au contraire, la présence d'une tumeur globuleuse fixée derrière la paroi de l'abdomen fournira de fortes présomptions à l'intégrité du péritoine ; nous insistons avec Bartells sur l'irrégularité et l'asymétrie de cette tumeur urinaire. On a fait remarquer aussi que, dans les ruptures intra-péritonéales, le cathétérisme répété amène un jet d'urine à très faible pression, et dont la force d'ailleurs varie avec les mouvements d'inspiration. La constatation de ce signe ferait écarter de suite l'idée d'une rupture extra-péritonéale. Rappelons encore que les accidents consécutifs d'infection surviendront d'ordinaire moins bruyants et moins précoces dans la rupture extra-péritonéale.

3° Quant au siège probable de la rupture, les constatations précédemment indiquées, et l'exploration métallique jointe au palper abdominal et au toucher rectal permettront d'établir si cette rupture intéresse la paroi antérieure ou le bas-fond de la vessie.

Si les accidents consécutifs à une rupture extra-péri-

tonéale de la vessie sont moins pressants que lors d'une inondation péritonéale, le pronostic n'en est pas moins grave, et le malade abandonné à lui-même est presque voué à une mort fatale. Sur les 87 pour cent de mortalité que M. Tuffier signale dans son article, la même part ne revient pas aux ruptures intra et extra péritonéales. Malgré l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire péri-vésical, l'infection est moins rapide que lorsque l'urine est immédiatement en contact avec la séreuse péritonéale ; celle-ci réagit avec plus d'intensité que le tissu conjonctif, et les phénomènes d'intoxication surviennent plus rapidement, étant donné le pouvoir de résorption du péritoine enflammé.

De toutes les recherches faites sur ce sujet, et surtout de l'examen des observations publiées depuis l'ère antiseptique, il ressort nettement que presque toutes les ruptures extra-péritonéales opérées avant que l'infection ait eu le temps de se généraliser, peuvent guérir. Le pronostic dépendra donc beaucoup de la rapidité avec laquelle l'intervention sera pratiquée. Plus on s'éloigne de l'époque de la rupture, moins nombreuses deviennent les chances de guérison. Ce qui apporte une aggravation très grande au pronostic, c'est la fracture du bassin, ou la luxation de la symphyse pubienne, de la symphyse sacro-iliaque. De telles lésions relèvent toujours d'un traumatisme très violent, et de plus, l'urine s'infiltrant jusqu'au foyer traumatisé peut déterminer de graves accidents. Il n'est pas sans intérêt, non plus, de distinguer les cas où la rupture porte sur un appareil sain de ceux où l'on a affaire à de vieux urinaires infectés ; chez ces derniers, la gravité du pronostic sera beaucoup plus considérable.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons plus sur la précocité de l'intervention en présence d'une rupture extra-péritonéale de la vessie sitôt le diagnostic établi, et à moins d'un état de shock considérable qui serait une contre-indication formelle, il faut agir et agir vite. Sans doute, il existe des cas où la rupture extra-péritonéale n'a pas déterminé d'accidents inquiétants ; le malade urinait spontanément bien qu'en quantité insuffisante, et l'établissement d'une sonde à demeure a amené une guérison spontanée. Mais ces cas sont rares, et l'expectation ne fait qu'aggraver le pronostic en exposant le malade aux dangers de l'infection bien autrement à craindre que l'opération elle-même.

En quoi consistera l'intervention ?

La ponction faite au-dessus du pubis ou par toute autre voie (rectum) a fait preuve d'insuffisance et de plus est dangereuse. Nous n'insisterons pas davantage sur le débridement périnéal, nécessaire cependant dans les cas où il y a dans cette région une infiltration d'urine. C'est une incision de nécessité et qui n'est pas palliative.

Deux voies se présentent pour aborder la vessie : la voie périnéale et la voie hypogastrique. La première méthode, la plus ancienne, a fait place peu à peu à la

seconde qui permet d'aborder plus facilement le réservoir urinaire. Les diverses tailles périnéales en effet, que ce soit la taille pré-rectale de Nétalon, ou la taille bilatéralisée de Dupuytren ont l'inconvénient d'un champ opératoire réduit, avec plaie profonde ne permettant pas de se rendre bien compte des lésions et surtout de pratiquer une suture convenable.

On aura donc recours à la voie hypogastrique. On pratiquera une incision sus-pubienne, sur la ligne médiane que l'ombilic et la symphyse indiquent. Après avoir coupé la peau et le tissu cellulaire, on se portera nettement et franchement en bas vers le pubis. On sectionnera la ligne blanche. Il ne faut pas oublier que les tissus infiltrés paraîtront d'une épaisseur considérable; c'est une confirmation du diagnostic. Cette infiltration à odeur caractéristique s'accroît de plus en plus à mesure qu'on approche du pubis; après avoir incisé l'aponévrose, on tombera dans le foyer pré-vésical rempli d'urine et de caillots, on l'ouvrira de bas en haut, et pour éviter de toucher au cul-de-sac péritonéal on refoulera avec le doigt ou l'écarteur les tissus mous sous-pariétaux en les poussant vers le haut de l'incision; après avoir vidé la loge pré-vésicale, on verra la rupture vésicale. Celle-ci est-elle relativement récente, facilement accessible, à lèvres bien nettes, on la suturera après l'avoir amenée dehors par une ou deux anses de fil traversant les deux lèvres. On réunira par adossement large : Il n'est pas absolument nécessaire de suturer la muqueuse; néanmoins si on juge plus utile cette première ligue d'affrontement on se servira de catgut fin et d'une aiguille fine. On suturera

ensuite en masse les deux lèvres musculaires soit par un surjet, soit par des points séparés. On terminera par un autre plan de suture pliant et accolant la face externe de la paroi (suture terminale à la Lambert). Un gros drain sera placé dans la plaie hypogastrique dont on ne réunira que les extrémités. Enfin on placera une sonde uréthrale à demeure.

Si la rupture était large, de mauvais aspect, à lèvres friables, avec foyer très infecté il ne faudrait pas suturer. On se contentera alors de la pratique employée par M. le professeur Le Dentu pour le malade de l'observation I. Les lèvres de la rupture seront réunies aux lèvres de la plaie hypogastrique et, après lavage minutieux de la vessie et du foyer d'épanchement, un gros drain sera placé par la perforation jusque dans le fond du réservoir urinaire. On entourera ce drain de gaze aseptique, on le fixera à la peau par quelques points et son extrémité sera munie d'un long tube de caoutchouc plongeant dans un urinal et faisant siphon. Cette méthode qui est en somme une cytostomie d'urgence sera également employée, si la rupture siège au voisinage du col comme dans les fractures du bassin et si l'infiltration siège tout autour du rectum. Evidemment, dans ce cas, une sonde à demeure et l'incision périnéale serait la méthode préférable si elle était toujours possible. Mais combien souvent le cathétérisme est-il irréalisable surtout quand il s'agit d'une fracture du pubis.

Tels sont les procédés les plus en usage actuellement. D'autres cependant peuvent être employés. Le procédé de Trendelenburg diffère des précédents en ce que le malade est placé dans la position dite « du plan incliné » ce qui,

permet aux viscères abdominaux et au péritoine de s'écarter de leur propre poids vers le péritoine, laissant ainsi plus libre le champ opératoire.

De plus, au lieu de faire une incision verticale, l'auteur fait une incision sus-pubienne en croissant à concavité supérieure. Roser, Witgel, Blum ont successivement modifié ce procédé ; ainsi, ce dernier auteur passe un fil dans chaque muscle droit, et sa gaine pour les repérer et en empêcher la rétraction, et il sectionne ces muscles non sur le pubis, mais à un demi-centimètre au-dessus. Langenbuch fait une incision en forme d'Y renversé (Λ). Helferich, s'inspirant de l'incision de Langenbuch, la fait un peu plus basse et remplace la section des muscles droits par l'ablation d'un volet supérieur dans la symphyse pubienne ; ce procédé permet d'atteindre le col de la vessie. Il nous faut enfin dire un mot de la symphyséotomie. Sex nous dit dans son travail, qu'on peut obtenir ainsi un écartement de 5 à 6 centimètres, permettant l'accès facile sur la portion de la vessie cachée derrière le pubis. M. Blum, dans un cas présenté à l'académie, employa ce procédé, et M. le professeur Le Dentu avait précisément soulevé la question de suivre cette méthode pour réparer ultérieurement la vessie de son malade. (Obs. I). Il n'eut point le loisir de l'essayer, la cystostomie sus-pubienne suivie de tamponnement et de drainage ayant suffi pour amener la guérison.

Tout bien considéré, les procédés par voie hypogastrique se réduisent à deux : la taille verticale et la taille transversale. M. Blum, a établi un parallèle entre les deux méthodes et semble donner la préférence à la seconde. Il

est vrai, qu'avec M. Albarran, on peut combiner les deux. On commence par l'incision verticale, et si le besoin en est, on fait en bas et de chaque côté un débridement latéral, sans sectionner toute la largeur des grands droits. Cette méthode a donné un succès à M. Bazy. Enfin, quel que soit le procédé employé, l'emploi du ballon rectal rendra de grands services, en repoussant dans la plaie la vessie rétractée.

CONCLUSIONS

1° Les ruptures extra-péritonéales de la vessie, bien moins fréquentes que les ruptures intra-péritonéales siègent généralement à la face antérieure de l'organe. Toutefois, dans le cas d'une fracture du bassin, la lésion se produira au voisinage du col ou vers le bas-fond, le réservoir urinaire étant alors perforé par un fragment osseux, ou déchiré par les ligaments antérieurs qu'entraîne l'écartement de la symphyse pubienne. L'urine s'épanche dans le tissu cellulaire pré ou péri-vésical déterminant les accidents de l'infiltration d'urine et peu à peu ceux de l'infection généralisée.

2° Ces ruptures sont le plus souvent produites par un traumatisme violent agissant sur la vessie à l'état de réplétion. Néanmoins il existe des ruptures chirurgicales survenant au cours d'une injection sur des vessies malades et contracturées, et des ruptures spontanées chez des dysuriques, dont les organes urinaires présentent un état pathologique antérieur.

3° On se basera pour le diagnostic sur le siège et le caractère du traumatisme, sur l'absence d'émission volontaire d'urine, sur l'évacuation par la sonde d'un peu de sang ou d'urine sanguinolente, sur la présence à la région

hypogastrique d'une tumeur globuleuse simulant le globe vésical à l'état de réplétion, ou de l'infiltration urineuse péri-rectale.

4° Il est souvent difficile d'établir si une rupture de la vessie est intra ou extra-péritonéale. Il faut pourtant s'attacher à préciser ce diagnostic qui a beaucoup d'importance, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue du traitement. Le pronostic, moins grave que celui de la rupture intra-péritonéale reste néanmoins très sérieux.

5° L'intervention doit être précoce pour présenter le maximum de chances de succès. La voie hypogastrique est la méthode de choix, et l'incision périnéale n'est qu'une opération de nécessité. Toutes les fois qu'il sera possible on fera la suture vésicale à deux plans. Dans les cas où la suture est impossible on placera une sonde à demeure, et on drainera avec le tube siphon : mais il ne faudra pas négliger de suturer les bords de la rupture avec les lèvres de l'incision de la paroi.

6° La sonde à demeure devra être employée dans tous les cas.

Vu : le Président de la thèse,

GUYON

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bartells.** — Arch. f. klin. Chir. 1878 tome 22 page 613.
- Berndt.** — Arch. f. klin. 1899 tome 58.
- Blum.** — Annales des mal. génito-urin. mars 1893.
- Bryant.** — Med. record New-York 1883 tome 39 page 229.
- Fenwick.** — Brit. méd. journ. 1887 tome 1 page 280.
- Furbury.** — Thèse de Paris 1900.
- Lejars.** — Chirurgie d'urgence. 2me édit. page 324.
- Lesur.** — Thèse de Paris 1888.
- Lolischewsky.** — Arch. f. klin. chir. 1899 tome LX page 643.
- Maltrait.** — Thèse de Lyon, 1881.
- Nélaton.** — Eléments de path. chirurg. 1859 tome V page 163.
- Révington.** — Lancet 1882, tome II ; 1883, tome I.
- Sex.** — Thèse de Lyon 1893-94.
- Sieur.** — Arch. génér. de méd. 1894.
- Stubenrauch.** — Arch. f. klin. 1888 tome LI page 36.
- Tuffier.** — Traité de chir. Duplay et Reclus tome VII p. 496.
- Ulmann.** — Wiener méd-Wosch 1888 page 740.
- Vincent.** — Revue de Chirurgie, 1881.

